**Załącznik nr 5 do SIWZ**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia/Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zad.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa produktu\*** | **Nazwa producenta** | **J. m** | **Ilość** | **Cena jedn. brutto\*\*** | **Wartość brutto\*\*** | **Wymagany termin ważności** | **Oferowany termin ważności\*\*\***  | **UWAGI** |
| 1 | Szczepionka przeciw Wirusowemu Zapaleniu Wątroby typu B, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 21 |  |  | min. 29 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  |  |
| Opcje 21 |  | min. 29 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 2 | Szczepionka przeciw Wirusowemu Zapaleniu Wątroby typu A i B, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 38 |  |  | min. 29 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  |  |
| Opcje 38  |  | min. 29 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 3 | Szczepionka przeciw durowi brzusznemu i tężcowi dla dorosłych, op. 20 dawek |  |  | op. | Gwarant. 84 |  |  | min. 15 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  | Istnieje możliwość przeliczania opakowań |
| Opcje 84 |  | min. 15 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 4 | Szczepionka przeciw durowi brzusznemu dla dorosłych, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 120 |  |  | min. 19 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  | Istnieje możliwość przeliczania opakowań |
| Opcje 120  |  | min. 19 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 5 | Szczepionka przeciw meningokokom typu A,C,Y,W135, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 282 |  |  | min. 29 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  |  |
| Opcje 282 |  | min. 29 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 6 | Szczepionka przeciw meningokokom typu B, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 2000 |  |  | min. 18 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  |  |
| Opcje 2000 |  | min. 18 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 7 | Szczepionka przeciw wściekliźnie, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 3000 |  |  | min. 19 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  |  |
| Opcje 3000 |  | min. 19 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 8 | Szczepionka anatoksyna błonicza dla dorosłych, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 900 |  |  | min. 29 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  | Istnieje możliwość przeliczania opakowań |
| Opcje 900 |  | min. 29 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 9 | Szczepionka przeciw poliomyelitis, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 1500 |  |  | min. 19 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  |  |
| Opcje 1500 |  | min. 19 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 10 | Szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 3000 |  |  | min. 18 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  |  |
| Opcje 3000 |  | min. 18 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 11 | Szczepionka przeciw japońskiemu zapaleniu mózgu, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 700 |  |  | min. 18 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  |  |
| Opcje 700 |  | min. 18 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 12 | Szczepionka przeciwko cholerze, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 2200 |  |  | min. 17 miesięcy w dniu otwarcia ofert  |  | Istnieje możliwość przeliczania opakowań |
| Opcje 2200 |  | min. 17 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 13 | Szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 700 |  |  | min. 18 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  |  |
| Opcje 700 |  | min. 18 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |
| 14 | Szczepionka przeciw ospie wietrznej, op. 1 dawka |  |  | op. | Gwarant. 700 |  |  | min. 18 miesięcy w dniu otwarcia ofert |  |  |
| Opcje 700 |  | min. 18 miesięcy w dniu złożenia zamówienia |  |

***\*) Pełna nazwa produktu tożsama z nazwą widniejącą na faktur****ze VAT wystawionej przez Wykonawcę oraz faktyczną nazwą widniejącą na opakowaniu.
\*\*) Wartość w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.*

*\*\*\*)Oferowany termin ważności podany w miesiącach na dzień składania ofert dla zamówień gwarantowanych.*

*Dla zamówień objętych prawem opcji Zamawiający określił minimalne okresy ważności. W przypadku gdy Wykonawca zwróci się z pytaniem o dopuszczenie asortymentu z krótszym okresem ważności, a Zamawiający wyrazi zgodę na proponowany okres ważności – należy w kolumnie „uwagi” wpisać np. „okres ważności DD.MM.RRRR – zgodnie z odpowiedzią Zamawiającego z dnia DD.MM.RRR”*

*Uwagi:*

* + - 1. Wymagania warunków przechowywania oferowanego asortymentu – według zaleceń producenta.
1. Dostarczony produkt oznakowany zgodnie z decyzją nr 3/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 03.01.2014 r. w sprawie wytycznych określających wymagania w zakresie znakowania kodem kreskowym wyrobów dostarczonych do resortu obrony narodowej – Dz. Urz. MON z 07.01.2014,poz 11.
2. Wykonawca oświadcza, że przed dostarczeniem towaru do magazynu Zamawiającego dokona weryfikacji zabezpieczeń i wycofania niepowtarzalnego identyfikatora produktu leczniczego (ATD) ze wszystkich produktów leczniczych zgodnie z art. 23 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz. U. UE..L. 2016.32.1), (przepisy uwzględniające szczególne cechy łańcuchów dystrybucji w państwach członkowskich – dopuszczające możliwość wymagania od dostawcy weryfikacji zabezpieczeń i wycofania niepowtarzalnego identyfikatora produktu leczniczego w przypadku, kiedy odbiorcą są m.in. siły zbrojne).